

ロールし続けるために、その時々放射線療法や化学療法による治療コースを受けるものと考えられる。緩和療法はこれらの「実」治療と並行して機能し、患者の快適さや幸福を促進する。

依存状態とは無関係に急性期診療のニーズが発生した場合、これは長期医療ではなく診療とみなされる。しかし、脆弱な患者では、急性の健康エピソードがしばしば慢性疾患に進展し、依存により長期的ニーズがより複雑となる可能性がある。

長期医療のさまざまな構成要素は以下のように区別することができる(以下の図 5.3 参照)：

- **医療または看護**には、疼痛などの症状の緩和、薬剤の投与、医学的診断および小手術の実施、創傷の手当、家族への健康相談、患者およびその家族への情緒的および精神的支援の提供など、医療、パラメディカル、看護サービスが関係する症状の管理が含まれる。そうしたケアには、a) 特に患者の脆弱な健康状態の大幅な悪化を回避するためのさまざまな予防サービス、b) さまざまな慢性疾患管理の状況、c) 機能を回復するための相当量のリハビリテーション医療、d) 悪化を遅延または抑制したり、機能を維持したりすることを目的としたケアが挙げられる。要約すると、疾患の種類に関係なく、高い水準の生活の質の確保ということになる。
- **身辺介護サービス**は、主に障害および疾患によるセルフケアの制限に応じて提供される。これらのサービスでは、例えば、食事、入浴、洗浄、着替え、就寝および起床、排泄、失禁の管理など、日常生活動作(ADL)に対する支援が提供される。大部分の入院治療および一部のデイケアおよび在宅サービスは、消費されるサービスパッケージの一環として身辺介護サービスを含むことになるだろう。これらのサービスは一般に、直接または看護スタッフの監督のもと実施される。この種のケアの目的は生存および健康状態の維持に関連するため、保健医療の範囲内である。また、身辺介護サービスのニーズは、一部の基礎疾患に関連しないニーズよりも頻度が高い。
- **支援サービス**は、人が一戸建てまたはアパートで独立して生活できるようにするケアに関連する。支援サービスでは、買い物、洗濯、掃除機がけ、料理、家事の実施、家計管理、電話などの家庭管理上の課題(手段的日常生活動作：IADL)に支援を提供する。これらのサービスは通常、生活の調整などを支援する家庭支援サービスのもとで行なわれる。
- **その他の社会福祉サービス**には、主な目的が社会参加および余暇活動である活動など、個人に連続または繰り返し提供される地域社会活動および就労支援が含まれる。

ケアのための接触という目的に基づく一貫した機能的アプローチ法は、主な構成要素としての看護または身辺介護サービスによる長期または永続的なケアが、保健医療の範囲内に含まれる基盤であることを意味している。一方、自立した生活および環境との相互作用を可能にすることが主な目的である接触は、在宅支援または生活介護の場合と同様、保健医療の範囲外となる[長期医療(社会)HCR.1参照]。図 5.3 には、長期医療の範囲を示している。

実際には、看護医療、身辺介護、社会福祉サービスがサービスの総合パッケージとして併せて提供されていることが多く、特に入院およびデイケアでその傾向が強い。在宅を基礎とするケアについては、さまざまなサービスが併せて提供されることもあり、また提供および明細処理が別々に行われることもある。

長期医療の範囲および測定の問題

健康機能（ケアの目的）は供給主体に関係なくその範囲を規定する。供給主体は、長期医療の場合、医療専門家、地域社会の労働者となり、在宅を基盤とするケアの場合は近縁者となる。その範囲は、そのケアを対象とする財源とも関係ない。しかし、行政、財源、供給主体の標準はさまざまであるため、国の長期医療の範囲は必ずしも SHA が規定する範囲とは整合しない可能性がある。この目的に沿った直接的記録が存在しないことを鑑みると、標準化された方法でどのように測定値にアプローチするべきか決定する必要がある。個人レベルでの記録の入手は大部分の国では実行不可能であるが、それが利用可能にならない限り、代替的な情報源を漸進的に開発して、必要な情報収集を確実にすべきである（第 14 章の配分および報告戦略に関する提案を参照）。保健医療内の長期医療の機能的範囲に対処するための追加の基準は以下の通りである：

- 身辺介護サービスは、基礎疾患に関連して行なわれる頻度が最も高く²⁶、医学的評価または医療専門家からの情報に基づき行なわれることが多い。このため、保健医療と報告される
- 依存度が高いため、社会的支援などの社会福祉サービスが医療および身辺介護サービスと共にケアパッケージに統合される場合、それらも保健医療として組み込まれる；
- 長期社会福祉サービス自体は保健医療とはみなされない
- 疾患の予後が、聴力障害など、依存性に関連しない場合、それらはその持続期間および重症度に関係なく、HC.3 に組み込まれない
- 依存性に対処するための継続的ケア（例、精神的または身体的障害を有する人のケア）のニーズがある場合、それは保健医療の範囲内に組み込まれる。

囲み 5.3. 長期医療ニーズの評価

通常、患者または受益者の評価を用いて、消費されるケアのレベルおよび長期医療サービスパッケージの種類を決定する。医療システム内では、構成概念である「機能／障害」を評価するのに 2 種類のモデルが認められる。「日常生活動作（ADL）」アプローチ法（または Katz / Barthel モデル）、および WHO が開発した「機能」（ICF）アプローチ法である。ICF は、身体機能と構造の相互作用、活動、参加など社会および環境因子により影響を受ける因子としての健康状態または疾患という観点に基づく、より包括的な枠組みを提供するために開発された。アウトカムとしての参加の重要性も強調されている（WHO, 2001）。ADL および IADL

の機能低下は、ICF 枠組み内では活動の制限とみなされる。

これらの 2 種類のアプローチ法の使用は、特に ADL アプローチ法がより特異的に用いられている高齢者部門での機能の評価では、これまで相補的ではなかった。過去には、加齢に関する欧州の専門家が作成した機能的依存性に関する多くの文書が ADL アプローチ法を用いていたが、最近の大部分の法律および政策文書では、欧州の国々および機関は ICF モデルを採用している²⁷。依存性または個人的機能の分類の使用は、HC 分類それ自体の一部分というより、それ自体がサービスのニーズを評価するための手段である。しかし、ICF が多くの国で採用されつつある公式の分類であることを心に留めておく必要がある (Salvador-Carulla and Gasca, 2010)。

ケアの「長さ」はしばしば特殊な財源状態をもたらす。すなわち、ケアが閾値期間、例えば 6 ヶ月を超えて継続するような場合である。一部の国では、1 日目から支払いが開始されるが、特定の疾患に限定される。また別の国では、供給主体の主な目的、すなわち、その施設が主に医療施設なのか社会福祉施設なのかにのみ基づいて測定が行なわれる。別のシステムでは、保険による保護は通常 LTC の一部のみを対象としており、時に介護者である近縁者が何らかの代償的譲渡を受ける。これには訓練が含まれることがある。

特に中および低所得国では、多くの事例で長期医療は近縁者が現物または現金などいかなる種類の代償も得ずに在宅で提供される。しかし、非公式の介護者の価値は、価格の付いた取引がないため、SHA の範囲外である。

数カ国の高所得国では、特に集団の最高年齢群で支援を公式化する傾向が認められる。しかし、記録および報告戦略は、LTC の家庭内消費に著しく限定されている。一部のプログラムは介護者のスキルを支援し、その業務に対して報酬を与えているが、それらは保健特異的ではなく、社会福祉として記録される可能性がある。

提供方式別の長期医療 (保健)

さまざまな提供方式は、保健システムの構造および受益者の疫学的プロファイルに基づくと考えられる。長期医療に対処する方式も、時と共に進化している。原則として、依存度が高いほど、より特化し集中的なサービスが消費される可能性が高い。

HC.3.1 長期医療系施設サービス (保健)

本項目は、保健医療施設 (病院、介護施設) で提供され、医学的監視を伴う宿泊を要する長期医療 (保健) サービスからなる。本サービスパッケージは、看護および/または身辺介護を対象とするが、これらは通常併せて提供され、このほか宿泊および支援サービスなど、さまざまな構成要素を伴う。

- 以下を対象とする：通常は四肢麻痺または終末期医療など中等度または重度の依存的ニーズに対する看護および身辺介護を対象とし、さまざまな介護施設や特化型長期医療施

設において提供される。精神障害および薬物乱用患者の長期医療系施設サービスは、慢性または再発性の精神医学的疾患ならびに機能障害の持続期間の遷延および／または支援または監視の必要性がある場合に対象となる。長期滞在病棟などの医療環境における入院に対して提供される長期医療サービスが含まれる。宿泊サービスは、長期医療提供の一環とみなされる。

- 以下を除外する：医療または看護がほとんど現場で提供されない施設の居住者。長期医療患者における急性期医療の受診は HC.1：診療に含まれる。
- 症例の明確化：本カテゴリに関する重要点は目的（例、精神医学的病院サービスは、それが医療および看護を介して急性期のニーズに対処することを目的としている場合、入院診療と分類される）である。一方、精神医学的長期医療には、主に介護および定期的診療のため施設に収容されている、回復の見込みがほとんどない依存度の高い患者が関係する。

HC.3.2 長期医療系通所サービス（保健）

本項目は、医療施設における予定されたものであるが宿泊はしない長期医療系（保健）サービスを指す。サービスは病院または老人ホームにおいて、もしくは専用または独立したデイケア施設で提供されることもある。

公式な統計処理でしばしば無視されがちなのは、日帰り入院症例と報告される夜間症例である。例えば、睡眠パターンの障害を有するが日中の行動は正常である高齢患者が、日中は近縁者と生活しているが夜間は施設に入院する事例が挙げられる。類似した形態としては精神的に不安定な患者に関係し、通常の業務時間中は専門職に従事しているが、夜間には精神医学的施設に入居しているというものである。また、LTC 患者向けの一時療養であり、一年の大半を近縁者と生活するが、家族の休暇期間中は施設に「入院」しているという事例もある。

HC.3.3 長期医療系外来サービス（保健）

本項目は、損傷を受けた健康状態および関連する臨床的障害を管理するという目的のある長期医療（保健）サービスからなる。慢性疾患を有する依存度の高い患者は、薬物療法の薬剤用量およびその疾患の進展状況の定期的検査、ならびに疾患が進展するにつれて発生する症状への対処方法に関する助言を必要とする可能性がある。これらのサービスは定期的な外来通院または LTC 患者向けの遠隔モニタリングサービスの実施増加を参照してもよい。

保健統計専門家が現在さまざまな種類の外来診療サービスとそれ以外の在宅サービスを区別するのが困難であると考えられることから、本カテゴリは、報告方法に問題があると考えられる。こうした報告を円滑にするには、さらに詳細な記録が必要であると考えられる。そのようなデータは存在しないため、人的資源に基づく推定値、稼働率、単位コストの情報がある可能性がある。

HC.3.4 在宅での長期医療系サービス (保健)

本項目は、個人にその家庭内、または「施設」にいるのではなく自宅にいるとみなすことができる適応住宅 (adapted housing) などの居住環境で提供される長期医療系 (保健) サービスからなる。そのような居住施設には、適応住宅などの地域社会を基盤とした環境が挙げられる。そこでは、衛生保護や監視などの特定のサービスを組み合わせて個人の居住環境を提供するが、依存度が高くなりつつある高齢者に用いられることが多い。在宅での特殊な保健医療およびサービスが関係し、非公式 (家族または地域社会による) ケアを支援する。社会福祉の性質が低い (在宅支援など) 長期医療サービスは在宅を基盤とする医療パッケージの一環として組み込まれることがあることに留意する。そうしたサービスを別々に計上することができず、またパッケージの主な構成要素ではない場合、それらのサービスは HC.3.4 に組み込む必要がある。しかし、それらのサービスが主な役割を担っている場合、ケアサービスの完全パッケージは HCR.1 長期医療 (社会) に組み入れられる。

HCR 保健医療関連クラス

HCR.1 長期医療 (社会)

本項目は、手段的日常生活動作を補助する下位の社会福祉サービス(例、家事手伝い、車椅子での食事、移動、デイケアセンター)にかかる費用からなる。長期医療の保健医療構成要素は HC.3 に含まれるため、補完的な社会福祉要素は関連カテゴリとして組み込まれ、さらに現物および現金支給要素に下位分類される。保健医療および社会福祉要素である HC.3 および HC.R.1 を合計すると長期医療(LTC)の総価格を算出できる。LTC の社会福祉要素は、長期看護および身辺介護サービスと併せたサービスパッケージとして提供および補償される。そうしたサービスを個別に計上することができず、かつパッケージの主な構成要素ではない場合、HC.3 に組み込まれる。そうでない場合、完全パッケージが HC.R.1 : 長期医療(社会)のもとに入る。

- 以下を対象とする：機能制限のある人に対する介護付き住宅の調整およびその他の種類の保護住宅における入居型サービス(および宿泊にかかる支出)に対する補助金(精神遅滞、精神疾患または薬物乱用問題に苦しむ人向けの入居型サービスならびに身体的および精神的に障害のある人向けの住宅)；依存度の高い人に対する家事支援サービス、デイケア社会福祉サービス；機能制限のある人に対するデイケア施設への送迎または同等の社会福祉サービス。
- 以下を除外する：機能 HC.3 : 長期医療(保健)に含まれる長期保健医療および身辺介護の提供に主に関係するすべてのサービス。認知症などの精神障害を有する人の監視に関係するサービス、ならびに医療と長期保健医療のあいだのケースマネジメントおよび調整に関係する医学的評価およびサービス(こちらも HC.3 に含まれる)。
- 以下も除外する：障害者の特殊学級および職業リハビリテーション。

HCR.1.1 物資面の長期社会福祉。本項目は、上記の物資面の長期社会福祉サービスからなり、健康問題および機能制限または障害を有する人に供給される。その主な目的は、自立した生活および環境との相互作用を可能にすることである。

HCR.1.2 長期社会福祉の現金手当。本項目は、個人および家庭に供給される譲渡という形での長期社会福祉現金給付からなる。主に家族から提供される社会福祉型の非公式の医療サービスまたは公式な社会支援供給主体の報酬が対象となり、自立した生活を可能にする手段的日常生活動作を支援する。有給の傷病休暇または障害の場合の収入保護など、疾病または障害の場合の収入保護を目的とした現金給付は対象ではない(ただし、退職年齢以上の人に対する障害者年金を除く)。

HCR.2 多部門からのアプローチによる健康増進

健康は広範な決定因子の相互作用の結果である。健康アウトカムを改善するには、医療システムおよび世界地政、社会経済、情報、技術、気候の面からの介入が必要である。健康

増進のため、政治的に特に重要である多部門および多提携サービスおよびプログラム内の協同的取り組みの総支出を組み込むことによって、包括的な保証が追求されている。大部分の事例では、多部門からのアプローチに協同出資がなされ、保健医療に有益な支出は他の社会的機能の支出と重複していることもある。多部門による測定を行う目的は、限界のある保健医療の範囲と、医療システムの基盤となる資源の説明責任、および健康増進の取り組みに関与する医療システムを超えた説明責任とのバランスを取ることである。

本クラスの目的は、健康に対する利益は明らかにあるにもかかわらず保健医療の範囲を超える可能性がある健康増進にかかわる資源の明細を明らかにすることである。

介護保険の費用額に関する介護給付費実態調査と介護保険事業状況報告の比較

	介護給付費実態調査	介護保険事業状況報告
統計の期間	5月～翌年4月審査分 ※4月～翌年3月サービス分にほぼ相当。	3月～翌年2月サービス分 ※過誤や再請求があった場合、2月以前のサービス分が一部含まれる。
要介護度別の区分集計	請求内容に応じて区分集計される。 ※正しく原審査を通過してれば、サービスを受けた時点の要介護度が反映される。	月末時点での要介護度に応じて区分集計される。 ※要支援者へのサービスがない特養や老健などの費用額が、要支援に計上されている場合がある。
過誤・再請求の扱い	原審査の後の修正・再請求は含まれない。	原審査の後の修正・再請求が含まれる。
年報の公表時期	翌年夏～秋ごろ	翌々年の春～夏ごろ
福祉用具購入・住宅改修	市区町村が直接支払う費用（償還払い）が対象外であることから、含まれない。	含まれる。
財源	費用額を、公費負担額、保険給付額、利用者負担額の別に公表。 ※財源（HF）別分類と親和性が高い。	費用額と保険給付額は把握できるが、公費負担額と利用者負担額が把握できない。
費用額 (2013年度、福祉用具購入・住宅改修を除く)	・8兆8958億円 (5月～翌年4月審査分) ・8兆8651億円 (4月～翌年3月審査分)	・8兆8549億円 (福祉用具購入・住宅改修を含む) ・8兆7914億円 (福祉用具購入・住宅改修を除く)

- ・介護保険の費用額は、現在データソースとして用いている介護給付費実態調査の他に、介護保険事業状況報告からも把握することができる。
- ・介護保険事業状況報告からは、介護給付費実態調査が対象外としている福祉用具購入や住宅改修の費用が把握できる。また、原審査の後の修正や再請求が反映された金額となっている。
- ・現在のデータソースである介護給付費実態調査は、対象期間が年度とほぼ合致している、年報の公表時期が早い、HF分類に必須の公費・保険給付・利用者負担の別に費用が把握できるといった重要な点について、介護保険事業状況報告よりも適したデータソースといえる。
- ・上記を踏まえ、介護保険の費用額については、従来通り介護給付費実態調査を主たるデータソースとし、福祉用具購入や住宅改修の費用を計上する場合は、当該部分のデータソースとして介護保険事業状況報告を用いてはどうか。

平成 27 年度 第一回 SHA 委員会 議事録

【日 時】 平成 28 年 1 月 28 日 (木) 15:00 - 17:00

【場 所】 医療経済研究機構 3 F 大会議室

議題 1 「名称変更について」

座長：議題の順に沿って、議論を行なっていきます。まず議題 1. 名称の変更について、満武副部長からご説明をお願いします。

満武：それでは議題 1 の名称の変更について、説明させていただきます。本日の議題は、資料 1 がメインでございまして、この資料 1 に関連する補足資料ということで、資料 2 以降がございまして。

議題 1 の名称変更について、保健医療支出から、この保健医療のあとに介護を入れてはどうかということで、提案させていただきます。

まず、2012 年の SHA1.0 準拠の経常保健医療支出は、47 兆 9,207 億円でありました。そのうち国民医療費が 80.2%、介護が 1.8%でございますので、トータルで 85、86%ぐらいを占めると。そのあとが OTC のドラッグやそういったもの、ほかの資本形成とかが入ってございます。その詳細な値に関しましては、表をご参照ください。

SHA2011 準拠になりますと、介護保険の計上範囲が現状だと拡大されます。あくまでも暫定値ですが、介護保険の費用というのが 15.5%ぐらい占めることになり、かなりの割合になります。したがって、名称を保健医療支出から保健医療介護支出ということにしてはどうかというような意見を、いくつかいただいております。医療経済研究機構としても、その方針のほうがいいのではないかとということで、この名称の変更についてご意見をいただきまして、可能であればこの委員会で結論付けたいと思っております。

私のほうからは、説明は以上でございます。

座長：ただ今の説明に対して、質問ありますか。理解をしないと議論ができないですので。

勝又：この SHA において、介護費というふうに言ったときの、その範囲なのですけども、そこら辺を少しご説明いただけますか。

満武：はい。現状は介護費の範囲に関しましては、資料 3 をご参照いただけますでしょうか。現時点での介護保険のサービス、40 種類プラス住宅改修等、4 つ種類がありますけれども、このそれぞれの介護サービスの名称、そしてそれぞれの値が書いてあります。現在 SHA に含まれているものというのが、この右側に SHA1.0、その下に LTC 類型化というふうに書いてございます。

もう少し細かくなりますけれども、LTC 類型化は Medical or nursing care、Personal care services、Assistance services、Other social care services、4 種類ございまして、2000 年からこの SHA のほうには、1 番の濃いブルーのところを現在入れているといった状況でございます。これを入れると、全体の 4.8% ぐらいになるといったところでございます。それぞれ 2001 年から 2004 年までの制度改正があった年と直近の値を書いておりますので、この青いところだけを足していただくと、2012 年に関しましては 8 兆円ぐらいになるということになります。

ただ今回、第 2 のほうの議題で、この 2 番と 3 番をどこまで入れるか。パーソナルケアサービス、これは ADL ですね。あと IADL 等のものを検討とブルー、黄色で書いておりますけれども、ここがどこまで入ってくるかで、やはり全体に占める割合が多少変わってくるといったところでございます。

池上：この SHA の基準で、1.0 から 2011 は結構、今回のタイミングで、全ての国が一斉にそういう対応をするという感じなのですか。

満武：はい。本来 2016 年から一斉に切り替えになるということになっておりました。ただし、そこは OECD のコントロールがきちんとできていないところがありまして、ホームページで公表されているデータは、SHA2011 と SHA1.0 が混在している状況でございます。例えばオランダ、韓国に関しては、すでに SHA2011 準拠の値を出しております。

ただし、今日の 2 番目の議題で介護保険の経常が議題になっておりますけれども、介護保険を導入して、やはり歴史の浅い韓国のような国は、まだあまり介護費用が大きいものではないので、SHA1.0 にしても SHA2011 にしても、そんなに大きな変更はないといったところがございます。蛇足ですが、日本とスウェーデン、スイス辺りは、次の SHA2011 準拠によってかなり増えるだろうと。オランダが今、対 GDP 比で 2 位なのですけれども、オランダは SHA2011 準拠のデータのある時から出し始めた時から 2 位になってしまったというような状況になっております。

岡本：先ほどもお答えいただいた話ですけれども…。オランダが 2011 にいち早く対応して 2 位になりましたと。それまでは 2 位ではなかったのですよね。

満武：はい、2 位ではありませんでした。

岡本：OECD の公表の仕方は、淡々と今年度を比べてみると、オランダは 2 位になりました、という単純なものですか。おっしゃったように、従っている基準がまちまちなのですね。ただ単純比較をして 2 位になりましたといった報告をしているものなのですか。

満武：はい。Health at Glance という資料が出ておまして、そこにはこういう費用だけではなくて、広範囲に OECD が収集しているデータを公表しているわけです。けれども、そこでやはり、3 月末にデータを提出して、2 カ月から 3 カ月の検証・修正期間がございま

して、それで認められたらそのまま公表されます。ただし、対 GDP 比だけではなくて、1 人当たり総保健医療支出というのでも公表されますので、いろいろな角度から多面的に見て、判断してくださいというような情報提供を OECD はしているということでございます。

岡本：従っている基準が違うから当然、一概には比較をできないわけですね。そうした中で新基準に従って、費用を積みましたからそれで 2 位になってしまったという状況が、オランダにはある。日本が介護を入れれば、これに従えば順位が急に跳ね上がるわけですね。これがもし「新基準に従ったから上がったのだ」というアナウンスなしに順位が上がったとなると、説明が難しくなるでしょう。

そういう意味でも、名称の変更と同時というのは、ある意味ではいいタイミングではないかなと思います。もし、ずっと前から保健医療介護支出と言っていて、急にパッと跳ねあがったら「なんで？」となるのですけれども、今までは保健医療費だけだったのが、今度から保健・医療費と介護費を含んだので、順位が上がりましたと言ったら、素人でも「ああそうか」と納得します。ですから、名称変更のタイミングと順位の入れ換えのタイミングが同じというのはむしろいいので。そんなに誤解されることなく、説明もしやすいのではないかなと思います。

満武：岡本先生、ありがとうございます。国内向けには 1 つ、岡本先生がご指摘の通り、アナウンス等していきたいなと思っております。OECD のデータとして、この対 GDP の比較の値が最も参照されているものでございまして、データは一人歩きをします。一般のユーザーは、SHA1.0 準拠だろうが 2011 準拠だろうが世界の人たちはそんなに大きな関心は持たれていないかもしれないですので、2 位となったらやはり、それなりの質問がくるとは当然予想されることとございます。OECD の場合は質問しても、細かくこういったことが書いてあるからという説明をするだけでございます。

勝又：OECD のほうでは SHA というよりも、Total Health Expenditure とか Public Health Expenditure みたいな形で出していますけれども、それは変わらないのですか。

満武：OECD の名称（英語）は変わりません。ただし、1 つ資本形成コストが来年から概念としてなくなります。あれはもう、先ほど岡本委員からご質問にもありましたが、ファイナンシャルレビュー誌で資本形成が入っていないという指摘もあるのですけれども、もともと資本形成コストは OECD で大きな問題になっておりまして、推計できる国もあればできない国もあります。また病院の建替え費用とかも入っておりまして、あるときは大きな額になって、翌年は大した額ではない、ばらつきも大きいということで、これはデータの質を考えて、総保健医療支出から外すということになっております。

外した場合の概念が今、Current Health Expenditure というのですけれども、それが来年、資本形成を外すことによって、Total Health Expenditure になります。つまり、総保

健医療支出か経常保健医療支出は同じになります。ですから OECD 側の英語の名称変更は基本的にないということです。

座長：医療費には減価償却費を含んでいるのだから、正しいですね。

岡本：順位が上がるというのは、研究職とか教える側の立場から見ると、わりと納得がいきます。私は科学院で JICA の研修もしているのですが、真っ先に日本は世界一の高齢化の進んだ国であると言って、ああそうかと。次にでは医療費は、というと決してトップではない。アメリカなどはちょっと除外しても、OECD の中でも、低いほうではないけれどもトップではない。そこで必ずやはり普通の人たちは質問をするのですよね。高齢化が一番進んでいたら、医療や介護の費用もかかるはずではないか。なぜ日本は相対的に低いのか、というのです。恐らく一般の人も同じ考えをもつでしょう。

むしろ、順位が上がって高齢化が世界でトップなのだから、医療・介護費用もそれなりにかかっているというのは、自然であって、ずばり言って、日本は世界でも高齢化が進んでいて、医療や介護の費用もトップではないけれども、OECD の平均よりも高いのだと言ったほうが、みんなかえって納得しやすいのではないか。今回はちょっと名称が変わって順位が変わって、どうしてだろうなというふうにいわれるでしょうけれども、名称を見て分かるように、介護支出が加わったからだ、ということで、そんなに疑問になることはないのではないかと思います。

森川：私は保険局なのですが、例えばその順位というのが上がったというような説明になってしまうのですか。時系列とか、そういったものは一緒に出るのでしたっけ。

満武：はい。時系列データを出してほしいということは強く言われておりますけれども、何年間さかのぼってデータを作り直せということは一切言われておりません。そこは前回の OECD の会議でも大変議論になったのです。3 年間か 5 年間か 10 年間なのかと、かなりいろいろな国が切実に質問したのですけれど、OECD は期間を明言しないで、できる限りやっってくださいという非常に曖昧な回答でございまして、日本の場合ですと、やはりこれは 2000 年から、介護保険を導入の時にまで遡って推計せざるを得ないかと思います。ですから、ある地点で上位になるのではないかと。どこで順位が No.2 になるのかとか、そこはまだちょっと、すみません。申し訳ないのですが、ご回答できません。

座長：中身についてはこれから議論しますが、国内の呼称を「保健医療介護支出」と呼ぶことについて、ほかに何かご意見はございますか。残念ながら国際的に名称は変わらないみたいですが、国内だけでも説明が保健医療介護支出とするのが良いのではないかと事務局的提案ですが、どうでしょう。

森川：すみません、何回も申し訳ないのですが、基準を変えるに当たって介護が増えるということで、この名前に自動的に変えるのは、先生もおっしゃったようにいいタイ

ミングだと思えます。ただ、新しい基準に従って OECD に報告するといったときに、単に順位が上がるといったことだけではなく、例えば旧基準の数字も共に報告してそこに載せてもらうとか、急に日本として何か変化したわけではないのだということを、もう少しきちんとして見て分かるような対策をしっかりと取れるかどうかということ、もう少し考えていただく必要があるかなと思っています。

満武：ご指摘ありがとうございます。現状、SHA2011 準拠だけのデータを出している国も増えております。そこに対して、ではまた SHA1.0 準拠を推計して両方出してくれというのを OECD が求めるのも現実的に考えられないです。恐らく来年度からは SHA2011 準拠で統一して、なおかつ OECD もやはり質問してもそれに対する明確な回答はしていないので、一番安易な SHA2011 だけを公表していくというようなことになるかと思っています。

SHA1.0 の値というのは、恐らく今後は更新されないと。もしかしたら、どこかのデータベースで検索はされるかもしれないという可能性だけで、あまり森川さんがおっしゃるように OECD としては対策が立てられないのではないかとというのが、妥当な予測だというふうに考えております。

森川：例えば Health at Glance とか、OECD の文書でまとめていると思うのですが、そこに、ちゃんとこういったケースも加えてくれとか、提案することは可能なのですか。

満武：実際、今回の Health at Glance には強く提案をしまして、変えていただきました。ただ、そこもやはり OECD の担当官に言うだけでして、そこがどういう文章になるかやはり、在 OECD 代表部と OECD とこちら（日本）のほうと、密着に連携を取って、かなり強硬に言えば可能かもしれません。が、30 数カ国ある中で日本が上がった、日本はこういうことなのだという数センテンスを、Health at a glance に入れ込むというのも、なかなか難しいというような感触を得ていることだけを、お伝えいたします。

池上：蒸し返すようで恐縮ですけど、私は考えを変えて、やはり名称を変えずにこのまま「保健医療支出」そして、「(2011 年基準)」というふうにしたほうが、また来年変わるわけですね。では今年の発表とそれ以降の発表でまた違ってきますので、そのように計算基準が変わるたびに、この名称まで変えていくと、無駄に混乱するというのが 1 つと、もう 1 つは介護費が全く含まれていなかったわけではないわけですね。そうすると、そこで介護費が増えたのですけれど、前は、では介護費は入っていなかったかといって、実は入っていたのだという説明をすると、なお一般の混乱を招くので、SHA1.0 集計だとこのデータのこの値、SHA2011 基準に従うとこのデータという、そして来年以降、この資本コストを除外した場合には、この基準に従うこととすると、改定が行われた年を取って、それをしたほうが、いくつもの名称があって、一層混乱に拍車をかけるよりも、適切な対応だと思いますが、いかがでしょうか。

満武：ごもっともなご指摘だと思います。

岡本：介護保険と言いましても、今までの SHA1.0 で対象になっていたのは、Medical or nursing care です。だから今介護と言っている部分も、実は若干医療保険の一部が移っているわけで、だから 2000 年を契機に国民医療費が少し下がりました。要するに医療費の一部が、介護に移ってしまっただけで、それは別に国民医療費が減ったのではなくて、定義が変わっただけです。15 年前ということで、今ほとんど気付かれていませんけれども。

名称として、日本は介護保険と呼んでいますが、普通、外国では Long-term care と言ったら、医師や看護師のリハビリとかは含まない。しかし、日本の介護保険は医療の一部も含むふうになった。だから今までは本当の意味での保健医療だけだったのが、今度は例えば家事援助みたいな、医師や看護師ではないサービスも含むようになった。ということだから、名称を変えることに遜色はないと思うのですけれど、どうでしょうか。

池上：今、おっしゃったのは日本の制度にこだわったことだと思います。それは OECD の比較というのは国のことの制度のことを言っても、比較する意味がないわけです。諸外国の統一基準としてこれを決めたわけで、かつての基準と今の基準とでは、対人サービスにおける IADL 部分も含むように変えた、そして ADL 部分は明確に入れたということは、明らかな基準の変更であって、それに対して統一的に比較することが目的ですから。

それに対応して、日本の状況は対外的に見るとこうだというメガネで見る必要があるわけですから、そこに増えたから介護費があまり含まれていなかったから、だいぶ含まれるようになったから、だから介護を入れて保健医療介護費とするというのは、これは混乱に拍車をかけると思います。ちなみにこの資本コストは、除外されたら今度はなんと呼ぶのですか。国内向けにですね。

満武：大した額ではないので、名称を変えずに維持しようと思います。それに資本コストがなくなったからといって、名称変更はするつもりはございません。

池上：ただ、そうすると国によっては大きく影響するところがあると思うのですね。そういう、日本に影響があるから、ないからという基準で、日本における名称を変えていくというのは、この OECD のデータの取扱いに関しては好ましくないと思います。

満武：はい。少し私も言い方が不正確なところがあったのですが、OECD のほうにはデータは提出し続けます。それは、あとで説明させていただくカテゴリーの HCR というカテゴリーがございまして、OECD からは資本形成のコストも IADL のコストも、継続的に今後も出してくれと。ただし、その HCR のほうに計上されるものに関しては、総医療保健支出の中にはカウントされず、参考という扱いになってしまうというのが、現状でございます。池上先生おっしゃる通り、もともとの話に戻りますけれども、大変なかなか、おっしゃることもごもっともです。ただ、実態と今後の予想される、今後のさまざまない

ろいろなところから問い合わせがくるでしょう。それを考えると、やはり最初の提案通りのほうが、われわれも少しは気が楽になるなというようなことが本音でございます。

座長：別に科学の世界でどちらが正しいかという話をしてしているわけではないので、どちらを取るか、それが研究よりは、マスコミとか政治の場で取り扱われるからここのほうがいいとか、判断をする必要はないですし、どっちが正しいと決める話ではないですね。いかがでしょう。

満武：では、池上先生がおっしゃってくださった、やはりどこまで介護費が増えるかということも少し絡んでくると思いますので、次の議題 2 のほうにいかせていただいて、この名称変更の決定は、最後のところで再び議論させていただけたらと思うのですが。

座長：それでは議題 2 についてご説明をお願いします。

議題 2 「SHA2011 における各分類の計上範囲の検討について」

満武：これはすでにご説明している通り、介護サービスについて OECD のほうは四角でくくってあるところの、4 つに分類をさせていただきます。現在のところは、今計上しているのは 1 の Medical or nursing care、医療の有資格者が提供するサービス。そして 2 番が ADL に関連するところ、3 番が Assistance services で IADL 等。そして 4 番としてその他があります。SHA2011 準拠に関しては、1 と 2 を入れると。ただし 2 と 3 にまたがるものに関しましては、そこは各国に任せるとというのが結論でございます。できたら区分をしてほしいと。ただし、両方入れるか半分にするかは各国に任せるといようなスタンスです。

今回は以下の 5 つのサービスについて、どう扱うか検討していきます。

「2-①訪問介護」および「2-②介護予防訪問介護」の説明および議論

訪問介護に関しては、介護給付費実態調査で提供しているサービス区分を細分化していくつか公表しておりまして、サービス区分は生活援助、身体介護・生活援助、身体介護、通院等のこういった項目を作成することができておりまして。そこで現在、この 4 区分のうち生活援助の部分というのは、3 番の Assistance services になるのではないかと。そこに関しましては、HCR.1 という区分がございます。この HCR という区分は何かと申し上げます。HC に関しては 1 から 9 の 9 分類、HCR に関しては 2 つの分類になっております。この HC3 の Long term health と書いてあるところに、介護保険の費用を入れることになっております。ただし Assistance services と Social service のところに関しましては、HC3 の Long term care health ではなく、HC.R.1 のほうの Long-term care social に入れるという事になっております。

そこで今回、この生活援助部分を単位数から推計いたしました。2014 年度の訪問介護費費用額 7,991.7 億円ということで、ここの生活援助分の相当分を 19.2%かけてしまうと、1,537.9 億円、全体の 1.65%です。これは HCR.1 のほうに計上してはどうかというふうに、こちらのほうで研究班として案を作成いたしましたので、これについてご検討いただけたらと思います。

次の介護予防訪問介護に関しましては、要支援に対して実際のサービスというのは、訪問介護とは異なり、1 のような区分集計をすることはできません。ただし、この予防訪問介護に関しましては、身体介護に当たるサービスはわずかでございまして、そのほとんどが生活援助などのサービスとして実施されているというふうに考えられます。これは介護事業者でプライベートでヒアリングをいくつかしたところ、そのような回答を得ています。これも、ここの費用に関しまして、1,118 億円ぐらいございすけれども、ここも HC.R.1 としてはどうかと考えております。ご意見、アドバイス等いただければありがたいと思います。

座長：それでは質問、意見ををお願いします。

池上：面倒なことを言って恐縮ですけど、今のこの改定はこれで結構だと思うのです。ただ、介護について総合事業化にしますと、そうすると新たに地域支援事業と一体となる、その分を新たに計上することになるわけですね。そうした場合に、今それを地域支援事業でやっている部分もこの際入れないと、またこれが地域支援事業として予防訪問介護になった場合、総合事業化したときにまた不連続が発生する可能性がありますので、この点は検討されましたでしょうか。

満武：OECD からは、信頼のおけるデータソースであり、なおかつ経年的に取れるデータソースを利用することという規定がございす。そこで、ここの予防介護部分に関するサービスは、今、移行期間でございまして、将来的に地方自治体に全て移管されると。そして全ての地方自治体 1,000 数百ある中からそのデータを取り、なおかつどこの部分が介護保険の部分なのかというところを推計するのは、大変難しいことが予想されます。現時点ではそこは対応できなくなる可能性が高いと思います。まだ、めどが立っていないところございまして、現時点では少しあまり前向きな回答はできないというところございす。

ですので、もしかしたらあるときを境に、介護予防の部分の辺りは、計上しなくなる可能性のほうが高いということになってくるので、そういうふうになってくると、OECD のほうからはデータの連続性、なぜこのときになってガクンと下がったのかということ当然、OECD ではいつも継続的な変化率を見ておりますので、それを指摘された場合には、過去にさかのぼって現時点がそうであれば、過去にさかのぼってそのデータは消してほし

いというようなりクエストは、当然くることが予想されます。

池上：それを確認したかったのは、それは HC.R とする、有力な根拠にもなると思いますので、それも併せて併記するかどうかはお任せします。共通認識として総合事業化することは規定の方針ですから、あるときから入れたものをまた外すよりも、最初から除外したほうが良いという判断もあって、HCR として合わせて計上しなかったという説明をしてはいかがでしょうか。

満武：ご指摘ありがとうございます。

岡本：一般的な話ですが、国際的に見ても、日本の介護保険で対象にしているのはわりと範囲が広いですね。例えば韓国も介護保険をやり出したようですけど、費用が低いのは、僕の知る限りでは非常に要介護度が厳格で、日本でいったら要介護 2 か 3 ぐらいにならないと給付の対象にならなくて、逆に日本では要介護にいていない要支援状態くらいの人でも給付を受けている。ご存じのように介護費の一番伸びているのは軽度の人ばかりです。

国際標準という面で考えたら、どちらかという韓国のように要介護度が進んだ人のみを対象にしているのが多いのではないかと、この辺は、ご専門の方がおられたら意見をお聞きしたいのですが…。だから国際的に見ると、やはりこれからデータの把握が難しくなる要支援者レベルの軽度者は、入れたもののデータが出せないから「やめた」とするぐらいだったら、今のこの状態でいったほうが良いのではないかと。

座長：介護保険制度はどうあるべきかについて、国際的な標準に合わせて予防訪問介護を HC.R に入れる入れないについては、日本の政策当局から、あるいは政治的に、ここも大切だと考えれば入れる扱いも考えられますが…。

村木：日本の介護保険制度は、ほかの国と比べて軽度を対象にしており、それが反映されないと、日本の介護に支出している費用が正確に反映されないのではないかなと、逆に思うのです。つまり、ほかの国で介護度が高い人を対象にしているから、日本もでは介護度の高い人に絞らましようとする、日本で介護に支出する金額が正確に反映されてこないのではないかなというふうに思います。

満武：申し訳ございません、これを作った部門としてちょっと理解をさせていただきたいのですけれど。村木さん、老健局のご意見としましては、これは切り分けないでサービスを国民に幅広く提供しているので、それが分かるように入れたほうが良い、切り分けはしないほうが良いというようなご意見で理解してもよろしいでしょうか。

村木：そうですね。日本の介護保険制度は ADL、IADL というような区分けをしていませんので、そこも区分けせずに入れたらどうかと考えております。

満武：ありがとうございます。

池上：今のお 2 人の発言、ちょっと指摘しておきますと、介護予防というのは、いずれにしても介護費全体の 5%しかないので、その中のまた予防訪問介護に介護など、少ない部分もいつているわけですから、あまりこの議論は生産的ではないのですね。対象人数は多いですけども、今これは Expenditure の話をしているわけですから、これは除外したほうが整合性はあると思いますし、そもそも金額的に、まあ誤差範囲とまではいかないですが、それに近いと思うので。低いところばかり比較するよりは、全てがどう対応するかということ、今後見極める必要はあるかと思えますけれど。この通りで賛成です。

座長：この Health care Expenditure から除いても HC.R には入るのですよね。

満武：座長おっしゃる通り、HC.R にデータが計上されます。

座長：日本ではない、となるわけではないのですね。

満武：なくなるわけではございません。

座長：以下のものも一応全部議論してから、検討しましょう。

「2-③□ 通所介護・介護予防通所介護」の説明および議論

満武：通所介護、介護予防通所介護のほうについて説明させていただきます。通所介護に関して中・重度の要介護者に関しましては、ある程度身体介護が行われている事が、そうではない軽度の方は、身体介護を利用する利用者は少ないと考えられます。また、通所介護に関しましては、Personal care services に該当するかどうか、検討を要すると考えられております。

そこで、こういったことを踏まえていくつか案を作っておりまして、表にしているところが、通所介護の資料です。HCR.1 をこの要介護 1・2 に対する通所介護全体の費用介護とする、あるいは個別機能訓練加算 1・2 を算定して日数分、ここに費用額に関しましてどういうふうにしたら良いかということで、ご意見を伺いたいと思います。また、介護予防通所介護についても、HC.3 ではなくて、先ほどの 1 番と 2 番同様に HC.R.1 と事務局案としております。そうなりますと 2014 年度の介護予防通所介護の費用は約 2,000 億円ございます。2014 年度の要介護 1・2 の利用者通所介護の費用は 7,800 億になります。これも個別機能訓練加算 I・II を算定して日数分に限定すると、この 4,723 億円ぐらいになりますので、ここは HC.R のほうに計上してはどうかということです。

続いて、非医療系の短期入所系・入所系サービスでございます。先ほどと同様に、やはり要支援、そして要介護の 1・2 に対しては、Assistance services と考えられる軽度要介護者に対するサービスを HC.R.1 とすることが考えられます。そして、ここ前者の非医療系が短期入所系・入所系サービスの費用額は、要支援の利用者に対する額が、341 億円あります。そして、要介護 1・2 に関して 4,559.1 億円、ここに関して HCR.1 のほうに計上してしま

おうと考えております。これについてアドバイスをいただければというふうに考えております。

座長：ここは費目ではなくて、要介護度によって判別する件ですね。

満武：はい。要介護度で切るという形で、少々、粗い推計にはなります。ここは粗いことは承知しておりますけれども、あえて提案させていただいているということも少しございます。

岡本：私も介護給付実態調査のことはもちろん知っていましたが、今回資料をいただいて、機能訓練加算があるかないかと、そこまで詳しいことが載っているとは気付いていなくて感心したのですけれど、やはり日本から出すデータとしては、OECD もできるだけ厳密な区別を求めていますから、この一番下に書いているように、機能訓練加算を算定するか否かで分けて出すというのが妥当ではないか。違いは 3,000 億ぐらいあります。3,000 億円とは誤差範囲とはちょっと言えないですし、やはり入れるべきではないか。

要支援、要介護で分けるとするのは、ちょっと粗々といえば粗々ですが、一応制度的な位置付けは、「要支援者は要介護者ではない」ということになっています。だから予防ということになっているのでしょうけれども。そういう意味でも、粗々だけれども、恐らくほかの国と比較しても、ここまで介護サービスの詳細なデータはないと思いますので、むしろこれでほかの国にとってちょっとモデルになるのではないかと思います。

池上：これはむしろ座長に伺ったほうがいいでしょうけど、これ加算というのがあるって、介護報酬の改定のたびに変わる可能性があって、要支援、要介護の基準よりも、あまり安定性がないという気がするのですけれど、そうした場合に永続的な統計とする前に、加算を根拠に入れるか入れないかということ判断すべきですね。加算の要件が変わると、また入れるか入れないかが変わってくる可能性があるんで、大きな基準で分けるというのはいいのですけれど、加算基準というのは次回の介護報酬の改定で、どうなるかは分からない面もあるので、ちょっとこの点については難色を示したいと思います。

それからもう 1 つは、いわゆるホテルコストについてですね。これは一般にナーシングホームについて、これは公費で負担するか私費で負担するかということとは関係なく、ナーシングホームコストというのが、それは費用負担とは関係なく、一括計上しているわけですから、それをこの理屈で、日本の現状に従ってホテルコストを入れないという、基本的には私は支払いを準拠して決めたほうがいいのではないかと考えています。ほかの国では、例えばスウェーデンではナーシングホームというのは原則的にやめたということですが、この時にどう捉えられていたのでしょうか。それに従うというのも 1 つの方法だと思えます。

低いほうを参照するのではなく、ほかの国は基本的に拡充する方向にありますので、低

い国の基準に従ってやるのは邪道だと思います。ですので、その方向ではどうしていくか、こっちではどうしているかということも、参考にされてはいかがでしょう。

田中：③と④に関してですが、要介護度 1・2 は入れないけれども、3 以上は入れるという提案ですね。厚労省のご意見を伺ってみたいのですが。

村木：先ほど、加算の要件が変わると連続性が失われるという指摘もありましたし、要介護 2 を軽度と書いてありますけど、状態像が人によって違うというのがありますし、その要介護度の基準ももしかしたら、今後変わり得るかもしれないので、そういった観点からも、この区分けは乱暴な感じを受けております。

座長：ということは入れてしまったほうがいいのか。

村木：そうですね。

座長：要支援は別として、要介護 1・2 以上も入れたほうがいいのか。

村木：そのほうがいいです。

岡本：そうすると、予防のほうが 2,100 億で、要介護 1・2 は 7,800 億ということは、これが丸々 HC.3 になってしまうということですか。1 兆円ぐらいありますよね。

満武：はい。そこがちょっと大きいですね。

岡本：要介護 3 以上のほうは、もう HC3 に入っているわけですね。

満武：はい。

岡本：だから、これは加算を入れるか入れないか、だからその差額の 3,000 億を HC.3 か HCR、Related のほうにするかの、議論ですね。

満武：はい。どちらかです。先ほど村木さん：老健局から御意見がありましたけれども、要介護度を果たして指標として使っているのかというのは、依然としてわれわれもまだ自信が持てないところというのがあって、加算は池上先生がおっしゃった通り、今後どうなるか分からないというところ。

座長：そこは簡単に変わりますね。普及してくると加算を無くして本体に取り入れてしまいますし、もっと普及がすると減算に変える傾向があります。インセンティブとして加算を加えますから。しかも加算も、今度の改定は何段階もの加算を付けましたからね。もう 1 つの論点は、事業所がお客さまに安く見せるために、加算を取らないこともあります。加算していないところも実は、サービスをしている例もある。ですので、加算は、あまりいい指標ではないです。

満武：ありがとうございました。加算というのを推計方向に利用する項目としては、あまり信頼性がない、良くないというふうなご意見ですね。

座長：変数として、比較的有効にしやすいツールとして使われているので、先ほど言った長期に安定するという約束からすると、適切ではないのではないかと。要介護度の変化は、